

FORUMN.A.

FORUM DELLA NON AUTOSUFFICIENZA
E DELL'AUTONOMIA POSSIBILE

XVII EDIZIONE

**26-27
NOVEMBRE
2025**

BOLOGNA

Centro Congressi Savoia Hotel



GRUPPO

Maggioli



MODELLO SPERIMENTALE DI INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO PER IL MANTENIMENTO AL DOMICILIO DELLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE

*L'esperienza dell'Ambito Territoriale di Tradate –
provincia di Varese*



ELEMENTI DI CONTESTO E DI PREMESSA



L'ORDINE AS LOMBARDIA E I GRUPPI DI LAVORO

Specificità dell'Ordine Assistenti Sociali Lombardia riguardo a gruppi di lavoro di AS: **13 gruppi di lavoro tematici** di approfondimento, composti da AS di diverse province interessati alla stessa area tematica e

11 gruppi di lavoro territoriali di supporto alla formazione continua, composti da AS della stessa provincia e di diversi servizi / aree. Costituiscono lo strumento tramite il quale il Consiglio Regionale dell'Ordine promuove trasversalmente proposte formative rispondenti ai bisogni degli iscritti per favorire il coinvolgimento della comunità professionale a livello provinciale

I gruppi condividono riflessioni ed elaborazioni orientate alla crescita di conoscenze e competenze; producono **documenti scritti, proposte di formazione** utili all'intera comunità professionale, **creano reti e collaborazioni altre** rispetto a quelle istituzionali già presenti.

Rappresentano una **grande risorsa**, sia per i singoli partecipanti che per la comunità professionale.



L'ORDINE AS LOMBARDIA E I GRUPPI DI LAVORO



Esperienza all'avanguardia di **METODOLOGIA
PARTECIPATA** tra Ente Pubblico e TS

Premiata dal CNOAS perché tra le esperienze più
innovative di applicazione della 328/000

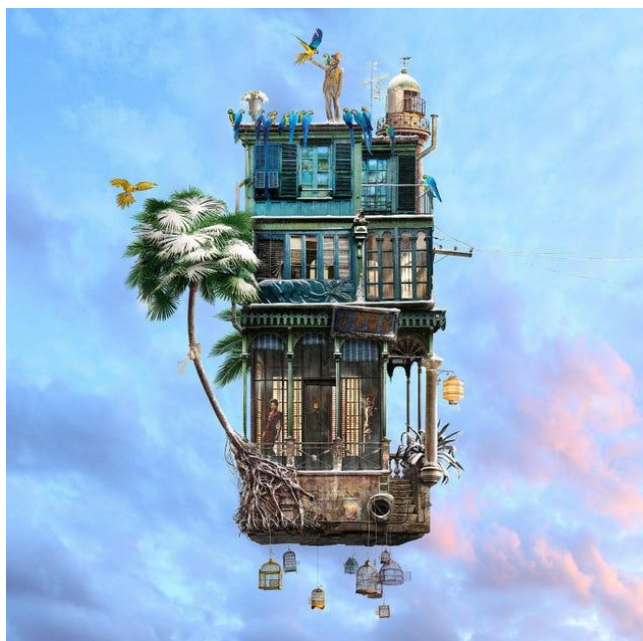
MODELLO SPERIMENTALE DI INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO PER IL MANTENIMENTO AL DOMICILIO DELLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE

L'esperienza dell'Ambito Territoriale di Tradate – provincia di Varese



Normativa nazionale e regionale

Coprogrammazione e coprogettazione tra Pubblica Amministrazione e Terzo settore



Flying Houses

LAURENT CHÉHÈRE



Amministrazione condivisa

Un processo culturale:
dalla prestazione alla
co-ideazione nei servizi sociali per
generare attraverso un processo di
condivisione





L' Amministrazione condivisa è un modello organizzativo che, attuando il principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale, consente di dare vita a rapporti non aventi carattere sinallagmatico tra cittadini e amministrazione per lo svolgimento di attività di interesse generale (Prof. Gregorio Arena)

Un modello che si fonda sui principi costituzionali della sussidiarietà orizzontale (art.118 della Costituzione della Repubblica Italiana) e della solidarietà (art. 2 della Costituzione della Repubblica Italiana)



L'Amministrazione condivisa si fonda su un solido impianto normativo che definisce principi, strumenti e modalità operative per la collaborazione tra pubblica amministrazione e cittadini:

- ✓ Art. 118 e Art. 2 della Costituzione Repubblica Italiana
- ✓ Legge 241/90
- ✓ Art. 5 Legge 328/2000
- ✓ Art. 55 del D.Lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore)
- ✓ DM 72/2021 le Linee Guida sul partenariato sociale emanate dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali
- ✓ La Sentenza della Corte Costituzionale n. 131/2020



Coprogrammazione e coprogettazione

Un accordo di collaborazione tra la Pubblica Amministrazione e gli Enti del Terzo Settore che avviene all'interno di un procedimento amministrativo (L. 241/90) avente ad oggetto la definizione di specifici progetti di intervento o servizio con la finalità di soddisfare bisogni definiti all'atto della programmazione.

(E. Frediani "La co-progettazione dei servizi sociali")

Un vero e proprio cambio paradigma per la Pubblica Amministrazione ma anche per gli Enti del Terzo Settore.



➡ se l'**esternalizzazione** di un servizio procede secondo la logica della committenza che, sulla base di una procedura ad evidenza pubblica, seleziona il miglior partner contrattuale attraverso l'individuazione dell'offerta ritenuta economicamente più vantaggiosa per l'erogazione di un servizio

➡ nella **co-programmazione e co-progettazione** il Terzo settore contribuisce con il suo carattere versatile e resiliente alla fase ideativa secondo un modello di partenariato pubblico/privato con funzione generativa rispetto al singolo servizio. Il Terzo settore non è solo esecutore, non è solo testimone privilegiato di una data conoscenza ma assume il ruolo di partner che condivide contenuti, responsabilità e rischi connessi all'ideazione e messa a regime di un certo servizio

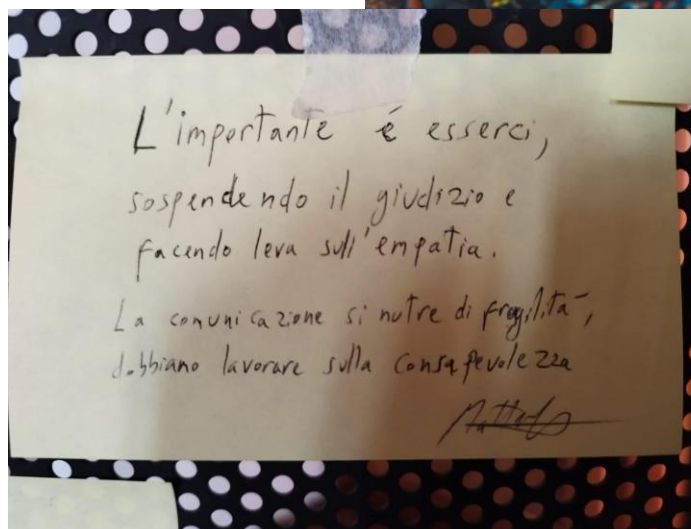


Funzione della **Pubblica Amministrazione**:

L'Amministrazione pubblica mantiene la titolarità degli interventi ed in ogni caso il ruolo di **primo garante** del perseguimento **dell'interesse pubblico**

Promotrice di un sistema di ideazione congiunta delle soluzioni da erogare per garantirne la migliore realizzazione

Facilitatrice dei processi e assume il compito del coordinamento sostenendo le buone pratiche





Coprogrammazione (confronto *ex ante*)

- ➡ è finalizzata all'**individuazione**, da parte della P.A. procedente, dei **bisogni** da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili (art. 5, c. 2 Codice del Terzo Settore)
- ➡ consente di individuare le condizioni minime generali e di sistema, in cui si creano le regole di contesto, a partire dalle quali si può sviluppare il successivo percorso di co-progettazione di uno o più progetti



Sviluppo di comunità

“Lo sviluppo sociale di comunità è la capacità di incrementare capitale sociale e coesione sociale di una comunità attraverso il protagonismo e la partecipazione delle persone, nella direzione da un lato di una maggiore densità relazionale e dall’altro nel far diventare la comunità risorsa per i cittadini.”

Sviluppo di comunità, partecipazione e piattaforme digitali, Roma, Andrea Volterrani



Sviluppo di comunità

È un lavoro che genera ricchezza e libera energie: i diversi componenti della comunità acquisiscono consapevolezza circa le capacità e le abilità di cui sono essi stessi portatori e la comunità si fortifica attraverso la messa in connessione delle competenze per un fine comune.

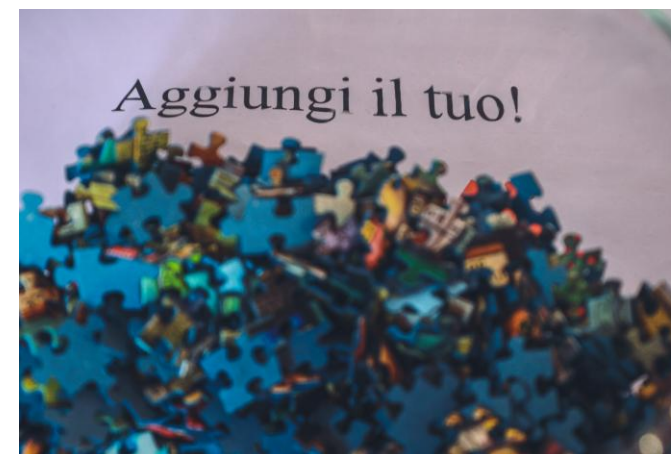
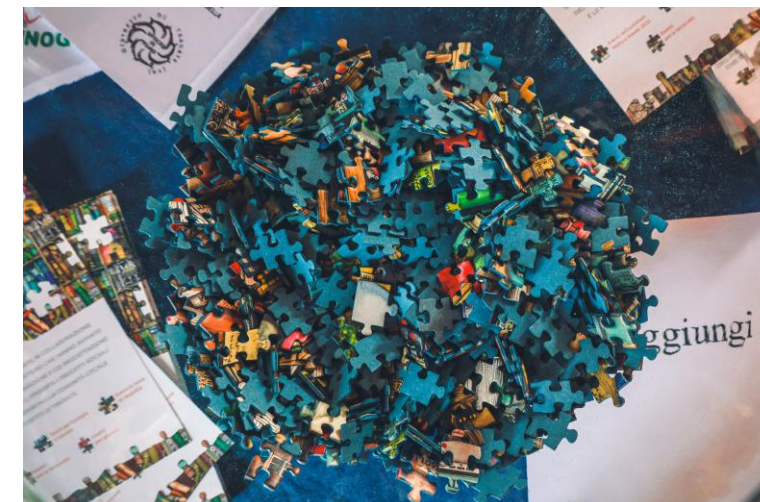


Sviluppo di comunità

E' un processo che chiede continuità, un habitus,
un'attenzione costante alla collaborazione e che crea un
sistema di conoscenze vivo.

La cura delle reti è un elemento strategico per il successo
delle partnership attivate

È un modello di emersione delle competenze e
integrazione dei saperi ed è un lavoro sulla
responsabilizzazione dei cittadini
per **costruire comunità**





Un esempio di co-programmazione: il tavolo Terza Età Terzo Settore del Piano di Zona

*Quando i cittadini si prendono cura di un bene pubblico
(materiale o immateriale),
quel bene diventa un bene comune
(Prof. Gregorio Arena)*



Uno dei metodi con cui possiamo studiare le reti delle
relazioni presenti nel territorio è la

network analysis → fare ricerca sociale

che permette di rappresentare in maniera visuale attraverso i sociogrammi gli attori (nodi) e le connessioni (link), e fornisce indicazioni sugli attori, sulle relazioni e sui singoli reticoli.

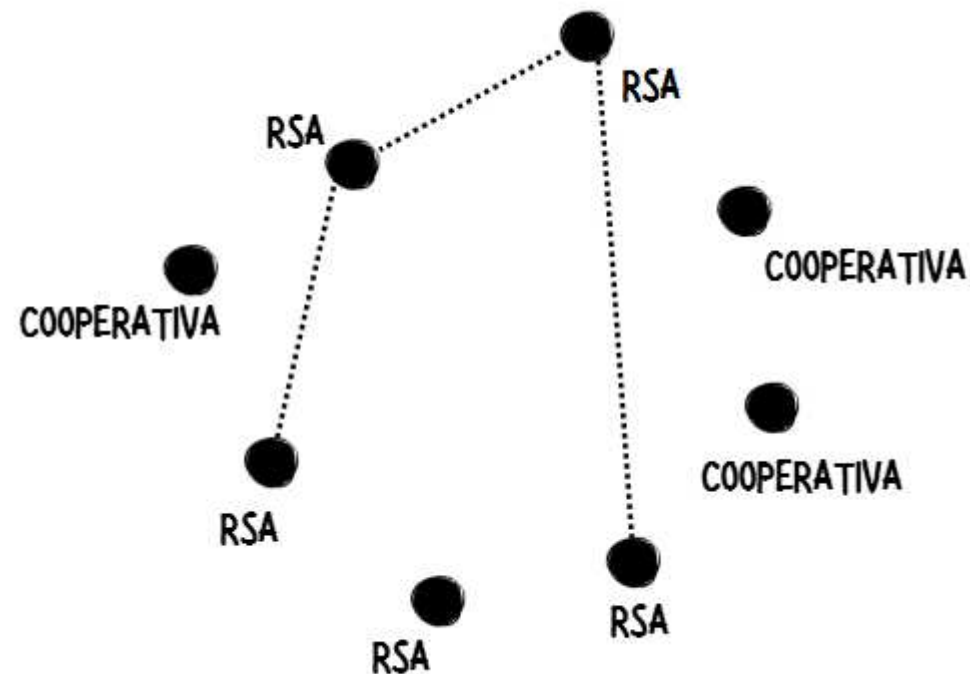
In un reticolo gli attori vengono rappresentati come nodi collegati da linee che rappresentano le relazioni, dove i nodi (a due a due) sono rappresentati in base alla distanza tra di essi (in base al percorso più breve che li collega).





MARZO 2022

BANDO
ACCREDITAMENTO



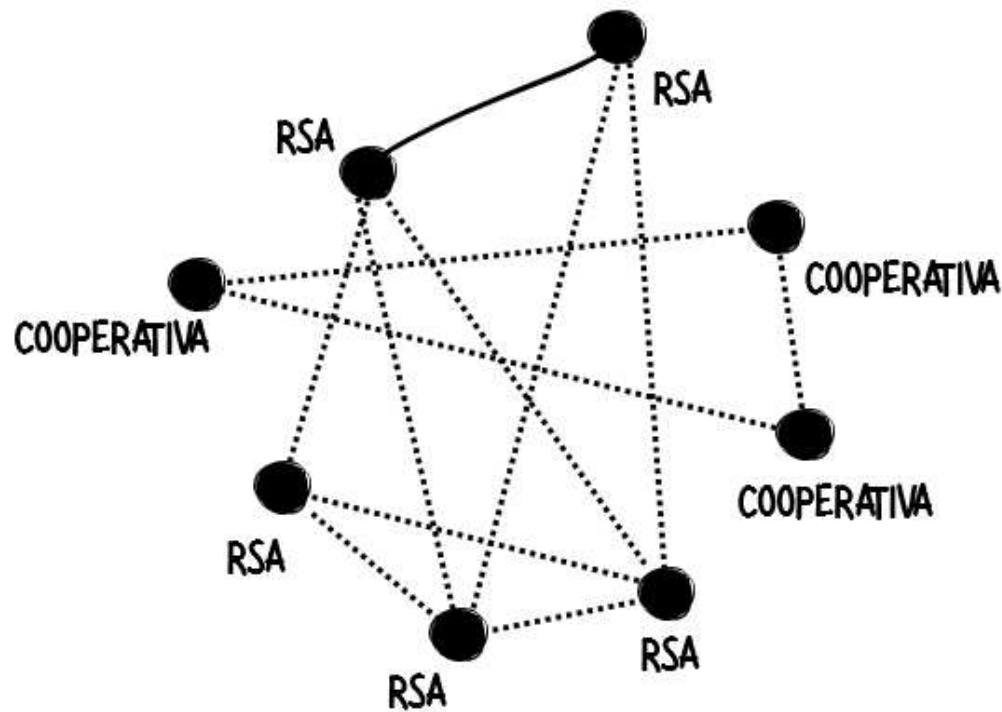
SOSTEGNO AGLI
ANZIANI AL
DOMICILIO



MARZO 2023

1.1.3 PNRR
DIMISSIONI
PROTETTE

1.1.2 PNRR
ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI

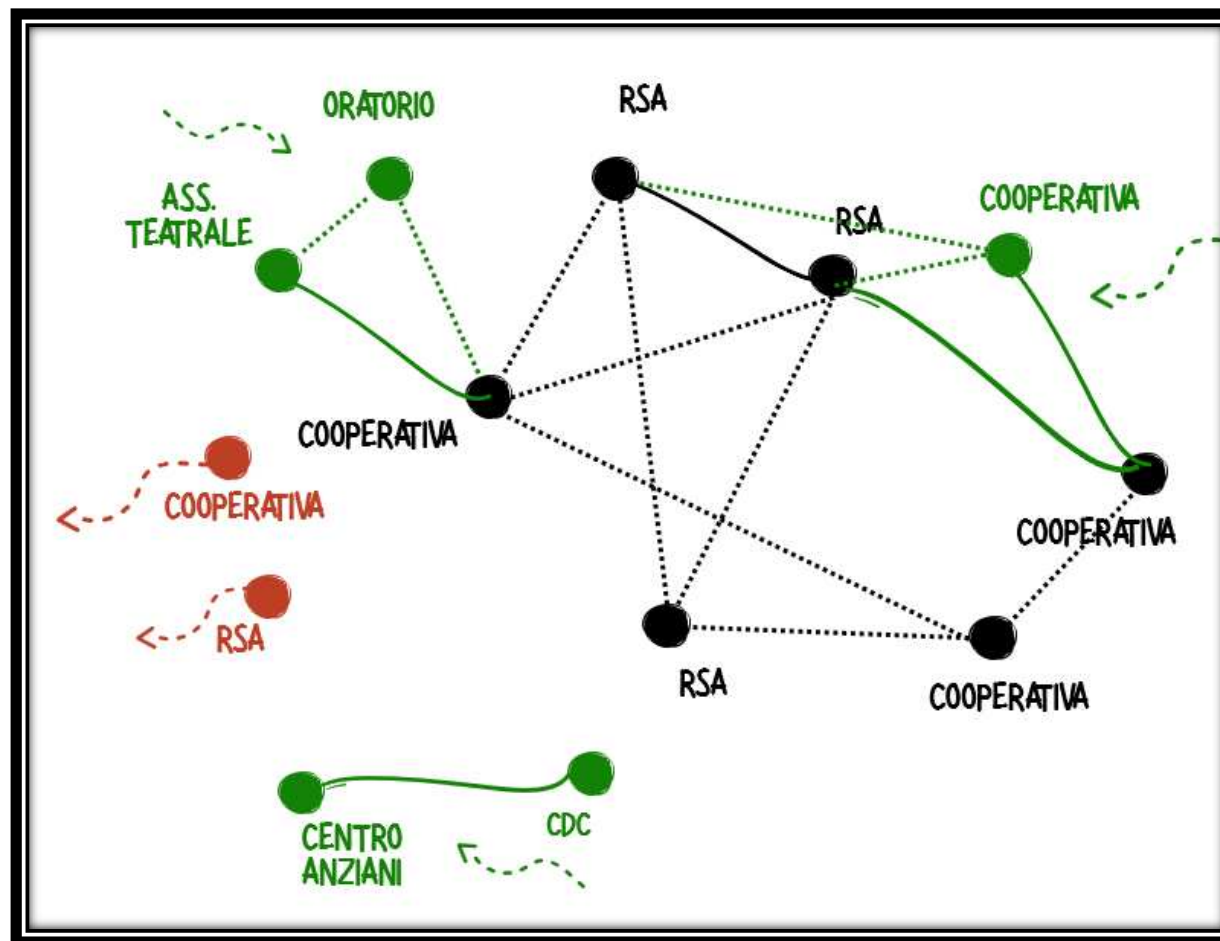


RIAPERTURA BANDO
ACCREDITAMENTO-
SEZIONE TRASPORTI



MARZO 2024

CENTRO PER LA FAMIGLIA



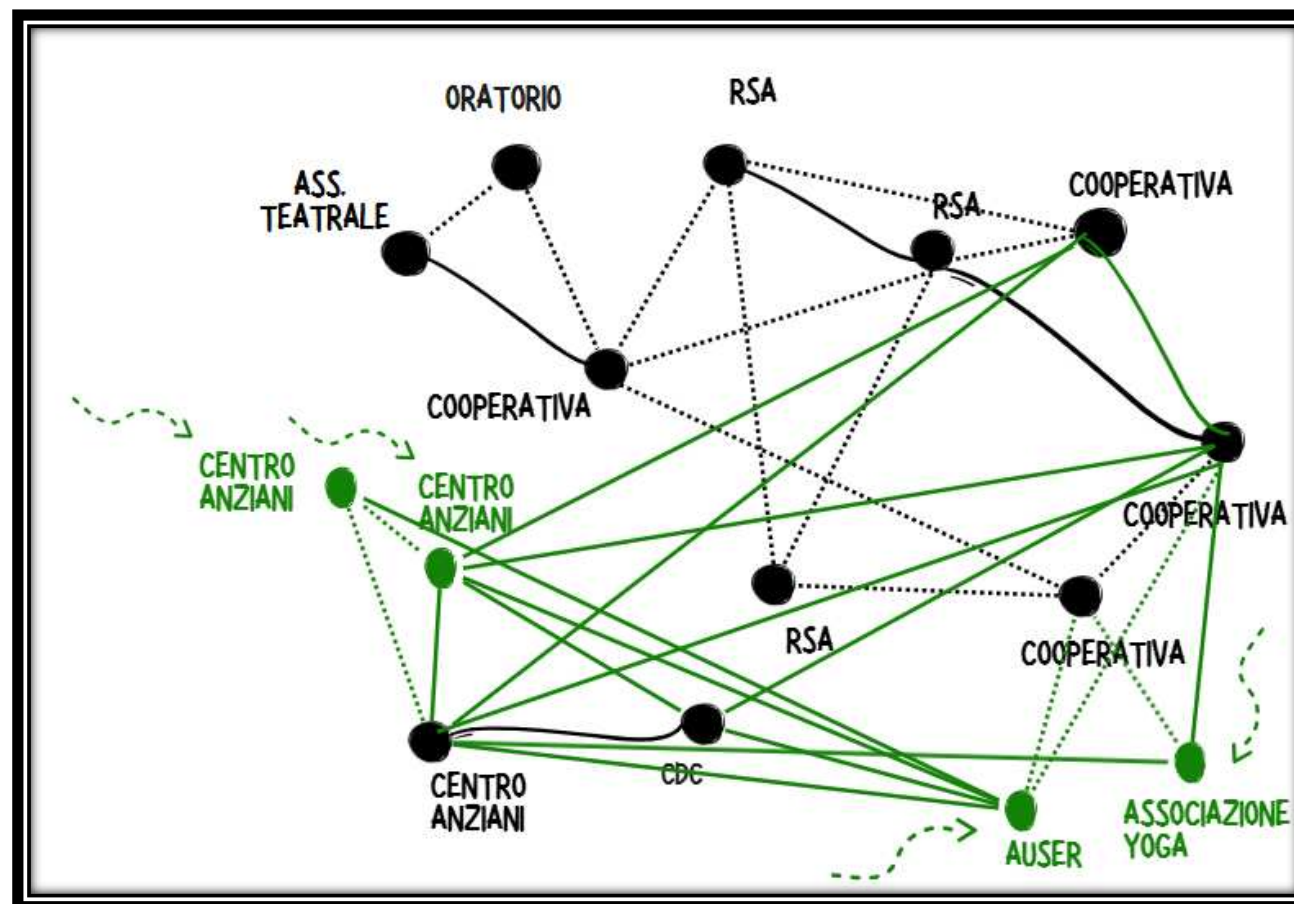
**FORMAZIONE
CONGIUNTA**



OTTOBRE 2025

INVECCHIAMENTO
ATTIVO

INSIEME PER
COSTRUIRE UNA
COMUNITA' SOLIDALE



IL SEPPIO
SI PRENDE CURA



Questa analisi ci può fornire dati molto utili per gli obiettivi di politica sociale.

I reticoli sono confrontabili: sul numero, sulla coesione dei partecipanti e sull'intensità dell'interazione.

Dal confronto possiamo capire su quali temi si aggregano di più le organizzazioni, in quali ambiti si realizza la maggior o minor coesione nella rete, se vi sono sottogruppi, alcuni soggetti collegati più strettamente fra loro che con il resto della rete, le relazioni tra gli stessi possono anche essere pesate per intensità, il numero dei nodi e dei collegamenti/legami con soggetti delle stesse o diverse tipologie, i legami reciproci e i legami non reciproci.

Questo strumento ci permette di conoscere la geografia delle reti nel territorio e di seguirne l'evoluzione nel tempo e va applicato con il supporto di esperti della ricerca sociale.

Due esempi di co-progettazione:

Progetto PNRR 1.1.3
DIMISSIONI PROTETTE

Progetto PNRR 1.1.2
AUTONOMIA DEGLI ANZIANI
NON AUTOSUFFICIENTI

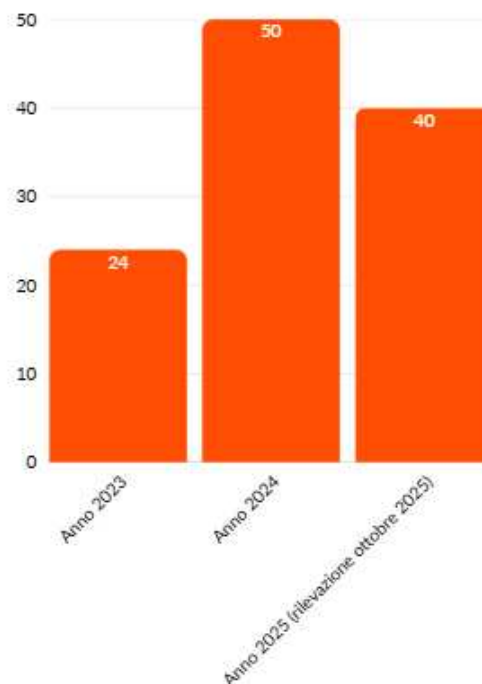


Progetto PNRR 1.1.3 DIMISSIONI PROTETTE

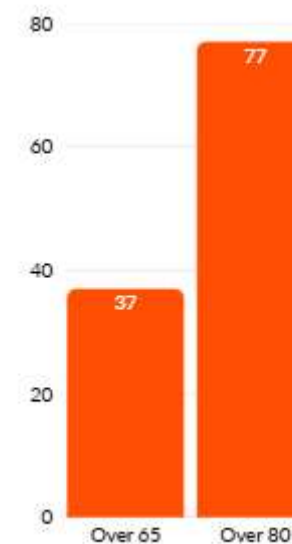
SOGGETTI ADERENTI



PERSONE INTERCETTATE



ETÀ PERSONE IN CARICO



AZIONI ATTIVATE

- ➡ Connessioni con il sistema socio-sanitario del territorio (sia di tipo territoriale, sia di tipo ospedaliero)
- ➡ Attivazione di ore di Servizio di Assistenza Domiciliare modulate sull'esigenza della persona in base al progetto personalizzato
- ➡ Attivazione di un corso per assistenti familiari
- ➡ Attivazione di gruppi di supporto al caregiver

Progetto PNRR 1.1.2

AUTONOMIA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Analisi contesto

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI TRADATE

55.540 abitanti di cui 13.053 over 65 (23,50% della popolazione)

4.219 over 80 anni (7,6% della popolazione)

costante invecchiamento della popolazione
aumento dei nuclei familiari composti da 1 o 2 persone over 80 anni
malattie croniche o degenerative / ritiro sociale

Fabbisogno

- ➡ Cura personalizzata
- ➡ Approccio multidisciplinare nella lettura e nella risposta ai bisogni
- ➡ Garantire prossimità
- ➡ Tutelare la cura e l'assistenza
- ➡ Mantenere le relazioni sociali e interpersonali
- ➡ Semplificare i percorsi di accesso ai servizi e alle prestazioni

AL CENTRO L'ANZIANO E LA SUA FAMIGLIA/CAREGIVER

PNRR M.5 C. 2 INV.1.1.2

AUTONOMIA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

PROPOSTA DI INTERVENTO AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

Progetto diffuso, in appartamenti singoli non integrati in una struttura residenziale:

- ➡ riqualificazione degli spazi abitativi e dotazione strumentale tecnologica atta a garantire l'autonomia dell'anziano e il
- ➡ collegamento alla rete dei servizi integrati sociali e sociosanitari per la continuità assistenziale potenziamento della rete integrata dei servizi legati alla domiciliarità

ATTORI

Manifestazione di interesse finalizzata alla **costituzione di un tavolo di lavoro** con il **terzo settore** per programmare diversi interventi volti a **promuovere ed attivare le risorse**

- ✓ **individuali dell'anziano**
- ✓ **del suo contesto domiciliare**
- ✓ **della rete intra/extra familiare**

Partecipazione di enti del Terzo settore iscritti al RUNTS

Tavoli di co-progettazione: proposte di intervento relativi alla loro area di specificità, proposte innovative

Ricerca di nuovi partner e interlocutori per bisogni nuovi o poco trattati usualmente nei servizi sociali legati alla condizione sociale degli anziani di oggi (isolamento, carichi eccessivi di cura, difficoltà di conciliazione)

Aprire a nuove tecnologiche che possono essere di aiuto.

BENEFICIARI

	Modalità e metodo	Risultati	Azioni e investimenti	Requisiti
Bando pubblico	finalizzato all'individuazione delle persone beneficiarie del progetto	Target 30 anziani residenti nell'ambito territoriale	Investimenti tecnologici	over 65 anni
	a sportello fino a esaurimento fondi		associati a servizi di sostegno e prossimità	Invalidi al 100% - con o senza accompagnamento- / certificazione di disabilità grave ai sensi della legge 104/92
	con scadenza della progettualità ministeriale			
	Istanze -ai servizi sociali comunali – su piattaforma dell'ambito -presentata dal soggetto medesimo o da un familiare / amministratore di sostegno -accessibilità trasparenza -Informazione e condivisione (con Casa di comunità - ASST – Ospedale)			Isee socio-sanitario o ordinario inferiore a € 20.000,00

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Affrontare i bisogni con SGUARDI DIVERSI:

anziano, caregiver, professionisti, sociale, sanitario, riabilitativo, informatica e tecnologia

Sguardo a 360 gradi sui bisogni dell'anziano e della famiglia

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
a cura della ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE
definisce un PROGETTO INDIVIDUALIZZATO INTEGRATO
n. 30 beneficiari

Équipe composta da:

assistente sociale, educatore, ASA, Casa di comunità, psicologo,

esperto IT: professionista che garantisce il corretto funzionamento dell'infrastruttura tecnologica di un ambiente, sia in ambito aziendale che domestico

Esperto di domotica: professionista che progetta e installa soluzioni per rendere "intelligenti" le abitazioni, automatizzando alcune funzioni

AZIONI PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

SAD Servizio di Assistenza domiciliare	Complesso di interventi e prestazioni di natura socio-assistenziale erogati al domicilio del beneficiario	Totale massimo per progetto individualizzato 365 ore di voucher SAD
Intervento educativo a domicilio	Per la relazione, la socializzazione ed il mantenimento delle competenze e abilità residue	Totale massimo per progetto individualizzato 104 ore di voucher di assistenza domiciliare educativa
Intervento psicologico	Rafforzamento équipe multidisciplinare avente il compito di predisporre e attuare il progetto personalizzato (valutazione psicologica del bisogno complesso, attraverso accessi a domicilio o in équipe)	Totale massimo per progetto individualizzato 10 ore
Pasti a domicilio	Unico centro cottura Distribuzione su tutti i comuni dell'ambito (compreso i festivi)	Massimo per progetto individualizzato di 365 pasti
Servizi di igiene ambientale e trasporto finalizzato all'accompagnamento della persona non autosufficiente ai luoghi di cura, riabilitazione ovvero a necessità di carattere quotidiano		Massimo per progetto individualizzato di € 2.500,00
Fornitura di domotica e strumentazione tecnologica da collocare presso la casa del beneficiario atta a garantire o migliorare l'autonomia dell'anziano e il collegamento alla rete dei servizi integrati sociali e sociosanitari		Massimo per progetto individualizzato di € 10.000,00

Progetto flessibile: modulato sulla base del bisogno individualizzato

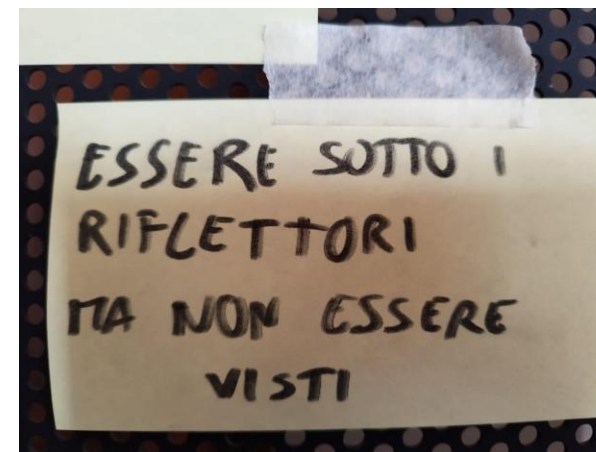
Approccio integrato: sostenibilità nel futuro

Per l'attivazione delle azioni:

- accreditamento delle prestazioni per erogazione di voucher, ai sensi della 328/00
- affidamento forniture e servizi, ai sensi del D.Lgs 36/2023
- coprogettazione

RIFLESSIONI

- ➡ Emersione dei bisogni relazionali , educativi e di socializzazione / al pari dei bisogni primari
- ➡ Intervento educativo al domicilio si configura come relazione di aiuto, vicinanza, ascolto e conoscenza dell'anziano e della famiglia.
- ➡ Bisogni quotidiani (non solo igiene) pulizia – aiuto domestico – bisogno che emerge (poco trattato dai servizi) / trasporto/ accompagnamento luoghi di cura/ mobilità



RIFLESSIONI

→ DOMOTICA

Utilizzare gli strumenti tecnologici ed informatici per migliorare la qualità di vita di persone non autosufficienti:

Consentire di migliorare le condizioni di vita globale dei soggetti attraverso la realizzazione della **maggiore autonomia possibile** nella gestione dell'ambiente domestico e la rilevazione di interventi tempestivi in caso di necessità e urgenze

Partire dai bisogni dell'anziano per capire individuare gli strumenti di domotica utili – studio di diversi sistemi. La dotazione di ausili al domicilio varia secondo i bisogni le capacità delle persone che vi abitano: sopralluogo per verifica impianti, connessione internet ... (n. 30 beneficiari)

Più efficace uso degli elettrodomestici o altri dispositivi

- Monitoraggio accessi in casa e uscite
- Monitoraggio condizioni di salute della persona
- Prevenzione di pericoli legati all'ambiente domestico

DOTAZIONE TECNOLOGICA

SENSORI KIT HOME CARE

Composta da unità di controllo remoto, sensore radio apertura porta, sensore presenza letto, presenza poltrona, 4 sensori radio movimento per diverse zone dell'abitazione, sensore di fumo e anidride carbonica, sensore di temperatura ambiente, MODEM GSM per invio di SMS.

Il sistema permette di rilevare ingressi/uscite anomale in casa; apertura prolungata porta di casa; presenza a letto o in poltrona prolungata o oltre i limite consueto; mancato rilevamento presenza nei locali (probabile caduta); presenza fumo o monossido; temperatura ambiente anomalo, accessi anomali (troppi o troppo pochi) in locali come cucina, bagno...

Necessita installazione SIM e batterie (carica annuale)

DOTAZIONE TECNOLOGICA

BRACCIALE PER IL MONITORAGGIO DA REMOTO

Dispositivo smart progettato per monitorare la salute e la sicurezza degli anziani in modo non invasivo (prodotto Seremy)

Monitoraggio completo: parametri battito cardiaco, qualità del sonno, attività fisica,... rileva autonomamente le cadute e invia notifica al caregiver

Facilità uso (non richiede installazione ed ha una propria SIM; APP su dispositivo del caregiver, anche senza dispositivo dell'anziano)

Funzionalità SOS (tasto per inviare richieste di aiuto, con GPS e localizzazione)

Monitoraggio remoto: permette ai caregiver di verificare in tempo reale la posizione e il benessere dei familiari tramite app

Installazione di LUCE NOTTURNA completa di SENSORE CREPUSCOLARE E DI MOVIMENTO

AZIONI DI COMUNITA'

CONTRASTARE L'ISOLAMENTO DEGLI ANZIANI FRAGILI

SUPPORTARE I CAREGIVER FAMILIARI

PROMUOVERE UNA CULTURA DELLA CURA CONDIVISA E
NON MEDICALIZZATA

VALORIZZAZIONE DEI CENTRI ANZIANI

COSTRUIRE LEGAMI



AZIONI DI COMUNITA'

Formazione per assistenti familiari

n. 2 percorsi di formazione gratuiti: 160 ore qualifica di assistente domiciliare riconosciuto da Regione Lombardia per la costituzione dell'albo territoriale di assistenti familiari

Sportello di ascolto diffuso "Punto.Incontro"

presidio mobile e su chiamata, è uno spazio di accoglienza e di orientamento per anziani e caregiver:

i colloqui possono avvenire al domicilio, in spazi neutri, nei centri anziani o telefonicamente

- Spazio di dialogo e confronto, contatto
- Interventi di orientamento personalizzato
- Orientamento alle risorse del territorio
- Supporto nei momenti importanti
- Strumenti per vivere meglio ogni giorno: per stare bene insieme

AZIONI DI COMUNITA'

Incontriamoci al centro

Coinvolgimento dei Centri Anziani per attivare spazi per il sostegno dell'anziano non autosufficiente e del caregiver con l'applicazione del **Metodo Validation**: tecnica di comunicazione e contatto empatico a favore dell'anziano confuso e disorientato

Formazione per caregiver e familiari

Ciclo formativo dedicato ai caregiver familiari:
n. 4 incontri per 10 caregiver di alcuni dei partecipanti del
«(Non solo) Alzheimer Cafè»

Promozione del volontariato

Interventi di promozione del volontariato a favore di anziani e delle loro famiglie



AZIONI DI COMUNITA'

(Non solo) Alzheimer Cafè

Avvio sperimentale del progetto all'interno di un centro diurno già attivo sul territorio
Febbraio 2025

Il progetto prevede:

- condivisione di esperienze, buone pratiche e consigli tra pari;
- un piccolo gruppo di circa 10 persone con patologia;
- un gruppo parallelo dedicato ai caregiver di riferimento (spesso più di un familiare);
- la presenza congiunta di quattro figure educative o esperte nella relazione di aiuto;
- un incontro mensile con un formatore esperto nel metodo *Validation*®, per offrire strategie utili nella gestione delle difficoltà quotidiane dei caregiver familiari;

Il progetto nasce come luogo di incontro e sostegno dedicato alle persone affette da Alzheimer e da altre forme di demenza, ma anche ai loro caregiver familiari.

Parallelamente, i caregiver familiari avranno un momento dedicato di sollievo, con la possibilità di partecipare a incontri di gruppo finalizzati all'acquisizione di competenze e strumenti utili per una gestione più efficace della persona anziana e per il miglioramento della relazione con essa.

AZIONI DI COMUNITA'

Vicini nella cura

Relazione educativa orientata all'ascolto e alla
rielaborazione delle esperienze di cura:
n. 4 percorsi a favore dei caregiver coinvolti nel *(Non solo)*
Alzheimer Café

Creare reti di supporto per i caregiver familiari
Prevenire il fenomeno del “burnout del caregiver”
sovraccarico di lavoro assistenziale unito alla mancanza di
tempo per i propri bisogni e alla riduzione delle reti sociali

